

## VU Research Portal

### **Procesgerichte psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen: Introductie van een behandelingsprotocol.**

Takens, R.J.

#### ***published in***

Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie  
2007

#### ***document version***

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

#### ***citation for published version (APA)***

Takens, R. J. (2007). Procesgerichte psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen: Introductie van een behandelingsprotocol. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 45(4), 5-16.  
[http://www.tcgp.nl/nl/db\\_detail.php?recordID=1833](http://www.tcgp.nl/nl/db_detail.php?recordID=1833)

#### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

#### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

---

# Procesgerichte psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen: introductie van een behandelingsprotocol

Dr. Roelf Jan Takens\*

## Samenvatting

*In het hier geïntroduceerde behandelingsprotocol voor procesgerichte psychotherapie bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis staan twee typen interventies centraal: het verdiepen van het zelfexpliciteringsproces bij de cliënt en het bespreken en beïnvloeden van de interactionele stijlkenmerken van de cliënt. Daarbij wordt het laatste als voorwaarde voor het eerste gezien. Anders gezegd, de 'externe dialoog' staat bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis vaak een productieve 'interne dialoog' in de weg. Dit sluit aan bij het tweeledig gedragsregulatiemodel dat Sachse (1997; 2001; 2002; 2004) ten aanzien van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis formuleerde: het gedrag wordt zowel bepaald door authentieke behoeften als door een disfunctioneel handelingsrepertoire. De therapie dient zich dan ook vooral op het laatste te richten. Voor een aantal persoonlijkheidsstoornissen worden in dit artikel de karakteristieke interactiestijl en de daarmee samenhangende therapeutische valkuilen beschreven.*

*Trefwoorden: persoonlijkheidsstoornissen, procesgerichte psychotherapie, behandelingsprotocol*

## Inleiding

Hoe wordt er door cliëntgerichte psychotherapeuten tegen (de behandeling van) cliënten met een persoonlijkheidsstoornis aangekeken? Rogers heeft er nooit expliciet over gepubliceerd. Dat had natuurlijk te maken met zijn antidiagnostische opstelling, waardoor hij patiënten/cliënten nooit kwalificeerde, en zeker niet in een diagnostisch kader plaatste. Nochtans valt uit zijn incongruentiemodel (Rogers, 1951;1959) af te leiden dat bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen casu quo persoonlijkheidsproblemen een incongruentie bestaat tussen het zelfconcept en de zelfverving. Om bewustwording van deze steeds terugkerende en daardoor bedreigende incongruentie te voorkomen, zet de persoon verdedigingsstrategieën in. Aldus worden de incongruente ervaringen congruent 'gemaakt', dat wil zeggen in overeenstemming met het zelfconcept. Hierdoor kan de persoon vaak redelijk blijven

---

\* Dr. Roelf Jan Takens is klinisch psycholoog-psychotherapeut, opleider, supervisor en leertherapeut van de VCgP. Hij is als universitair hoofddocent verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam en daarnaast werkzaam in eigen praktijk te Ouderkerk aan de Amstel.

functioneren, hoewel er geen sprake meer is van 'groei'. Het denken en handelen is rigide en 'intensioneel'<sup>1</sup> geworden, dat wil zeggen niet langer op extensie (= uitbreiding van de ervaring) gericht. Zelfhandhaving staat voorop in plaats van zelfactualisatie. Een belangrijk element hierbij is dat er weinig of geen conflictspanning aanwezig lijkt te zijn, zoals die wel bij de groep 'neurotici' wordt aangetroffen (Swildens, 1988; 1997). Niet de onvrede met zichzelf staat op de voorgrond, maar de voortdurende conflicten met de buitenwereld. Anders gezegd, de problematiek wordt niet zozeer intrapsychisch ervaren. In die zin is de stoornis dan ook egosyntoon (Swildens, 1988; 1997). Volgens Biermann-Ratjen (1993) ontstaan persoonlijkheidsstoornissen in de vroege kindertijd (vandaar de aanduiding 'vroege stoornis') door een gebrek aan ontvangen positieve waardering en primaire empathie. Zelfhandhaving als overlevingsmechanisme heeft de overhand gekregen, waardoor men niet is toegekomen aan een goed doorlopen van volgende ontwikkelingsstadia. Omdat het zelf onvoldoende ontwikkeld is, waardoor er mogelijk ook geen discrepanties kunnen worden ervaren, dient de behandeling zich volgens Swildens (1988; 1997) in de eerste plaats te richten op het zoeken naar en realiseren van betere, minder riskante en sociaal meer aanvaardbare overlevingsstrategieën. En dus niet, zoals bij vele andere (neurotische) stoornissen, het opheffen van stagnatie, opdat de persoon de weg naar zelfactualisatie hervindt. Impliciet breekt Swildens daarmee een lans voor een stoornis-specifieke benadering, net als verscheidene auteurs na hem zullen doen (zie bijvoorbeeld Finke & Teusch, 1999; Sachse, 1992). Swildens heeft het over stabilisatie als doel van de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis en spreekt in dit verband van het versterken van bij de cliënt aanwezige vaardigheden. Dat dient in de behandeling voorop te staan en niet zozeer veranderingen waartoe de cliënt niet in staat lijkt.

Sachse (1997; 2001; 2002; 2004) toont zich optimistischer. Zijn vertrekpunt is het zogenaamde 'Modell der doppelten Handlungsregulation' (tweeledige gedragsregulatie): enerzijds wordt iemands (interpersoonlijke) gedrag bepaald door 'normale' interpersoonlijke behoeften, zoals de behoefte aan liefde en erkenning, anderzijds door (gestoorde) fundamentele opvattingen van de persoon over zichzelf en anderen en over de betrekkingen met die anderen. Deze 'Grundannahmen' (vergelijk Beck's en Young's schemata (Beck, Freeman, Davis & Associates, 1990, 2003; Young, 1994), en Kelly's Persoonlijke Constructen (Kelly, 1955)) zijn geworteld in de persoonlijke geschiedenis van het individu en houden bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis meestal een negatieve perceptie van zichzelf in, met name in relatie tot anderen. Bijvoorbeeld: 'Ik ben niet de moeite waard', 'Anderen accepteren mij niet', enzovoort.

Om zijn interpersoonlijke behoeften op natuurlijke wijze te kunnen bevredigen dient de persoon te beschikken over voldoende 'Verarbeitungs-kompetenzen' en 'Handlungskompetenzen'. In het eerste geval gaat het er om of de persoon in staat is een juiste inschatting te maken van de realiseerbaarheid van het gewenste doel en de manier om dat doel te bereiken, waarbij tevens rekening wordt gehouden met het mogelijke gedrag van de ander. 'Handelingscompetentie' houdt in dat de persoon over een voldoende gevarieerd en adequaat handelingsrepertoire beschikt. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis schieten in beide opzichten vaak tekort.

Volgens Sachse zijn cliënten met persoonlijkheidsstoornissen relatief moeilijk te helpen, omdat ze niet in therapie komen om te veranderen, maar om hun 'systeem' met behulp van de therapeut te 'stabiliseren'. Ze blokkeren

daarom op verandering gerichte interventies van de therapeut, die daardoor (op den duur) ontredderd raakt. In de relatie met hun therapeut ageren cliënten met persoonlijkheidsstoornissen hun 'betrokkingsproblemen' uit. Dit disfunctioneel interageren wordt door Sachse 'het spelen van spelletjes' genoemd, in navolging van Berne (1961, *Games people play*). Deze spelletjes kunnen bepaalde ongewenste gedragingen bij de therapeut uitlokken (bijvoorbeeld de cliënt troosten, verantwoordelijkheid voor de cliënt nemen, enzovoort), hoezeer zij door de cliënt zelf op dat moment ook als gewenst worden beschouwd. In dat verband postuleert Sachse zijn tweeledig gedragsregulatiemodel: naast authentiek gemotiveerd gedrag vertoont men impliciet 'spelgedrag', bedoeld om de ander, in casu de therapeut, op het verkeerde been te zetten. In tegenstelling tot het eerste, is het laatste gedrag niet transparant (voor de cliënt, vaak ook niet voor de therapeut), veelal inefficiënt en doet het de ander tekort. Gaat de therapeut mee in het spelgedrag van de cliënt, met andere woorden laat de therapeut zich in het systeem van de cliënt zuigen en wordt hij daaraan functioneel gemaakt, dan werkt dit anti-therapeutisch. Het disfunctionele systeem van de cliënt zal in stand blijven, hierdoor zelfs versterkt kunnen worden (vergelijk ook Van Kessel & Van der Linden, 1991). Een psychotherapeutische behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis dient daarom gericht te zijn op het beter leren inschatten van het gedrag van de ander, een realistischer kijk op het (interpersoonlijke) doel dat men nastreeft, alsmede het vergroten van het (interpersoonlijke) handlingsrepertoire. De therapeut dient daartoe:

- a. niet-complementair op de interactionele appèls van de cliënt te reageren;
- b. de cliënt inzicht te verschaffen in zijn disfunctioneel interageren en
- c. een proces van zelfexplicitatie op gang te brengen, waardoor de cliënt inzicht krijgt in zijn werkelijke behoeften, normen en waarden, in zijn eigen mogelijkheden en beperkingen en in de wijze waarop hij verder vorm aan zijn leven wil geven.

#### **a. Niet-complementair reageren**

Het niet-complementair reageren op de interactionele appèls van de cliënt laat zich als volgt nuanceren: wanneer gedrag voortkomt uit 'normale' interpersoonlijke behoeften van de cliënt (Sachse spreekt in dit verband over 'Motivebene') zal juist een complementair reageren van de therapeut een positief effect hebben op de therapeutische relatie en daarmee tot constructieve veranderingen kunnen leiden. Dit in tegenstelling tot een complementair reageren op de disfunctionele interacties van de cliënt, dat wil zeggen op de 'spelletjes' die deze tracht te spelen ('Spielebene'); deze zullen de therapeutische relatie niet ten goede komen en slechts destructieve effecten hebben. Het is overigens niet de bedoeling de cliënt zijn spelgedrag zonder meer af te nemen. Veeleer is de therapie erop gericht het spel van de cliënt transparant te maken, de 'Motivebene' te versterken en hem te helpen zijn eigen gedrag te bepalen, in plaats van te blijven handelen op basis van vroegere, maar disfunctioneel gebleken schemata.

#### **b. De cliënt inzicht verschaffen in zijn disfunctioneel interageren**

Sachse (1997; 2001; 2004) beschrijft een reeks van mogelijke disfunctionele interacties van de cliënt, alsmede voor de hand liggende reacties van de therapeut daarop. In het hierna te presenteren behandelingsprotocol worden daar enkele voorbeelden van gegeven. In paragraaf 3 worden kenmerkende interactiestijlen van personen met bepaalde as-II stoornissen opgesomd en

de daaruit voortvloeiende valkuilen voor de therapeut. Sachse maakt hierbij onderscheid tussen 'Nähe-Störungen' en 'Distanz-Störungen'. Tot de 'Nähe-Störungen' rekent hij de narcistische, de theatrale, de ontwijkende en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Personen met deze stoornissen gaan wel een relatie met de ander aan, om vanuit het bestaan van die relatie hun doelen te bereiken. Tot de 'Distanz-Störungen' rekent hij bijvoorbeeld de schizoïde, de paranoïde en de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Personen met deze stoornissen houden de ander op afstand vanuit de vrees dat die ander misbruik van hen zal maken of hun autonomie of grenzen niet zal respecteren.

Bezien vanuit het therapeutisch handelen zal bij deze laatste categorie veel tijd en aandacht besteed dienen te worden aan het opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie.

### **c. Het op gang brengen van een proces van zelfexplicitering**

Hierbij kunnen we mijns inziens goed gebruik maken van het Bezinningsmodel zoals eerder door mij (Takens, 2004) naar voren is gebracht. Dit model is gebaseerd op – en een verdere uitwerking van – de stappen die Sachse (1992) formuleerde in het kader van een 'doelgerichte' psychotherapie<sup>2</sup>, waarbij het vooral gaat om het expliciteren van het persoonlijke referentiekader van de cliënt (Sachse, 1990; zie ook Takens, 1995, en Sachse & Takens, 2004). Het Bezinningsmodel gaat een stap verder door ook hetgeen daarna gebeurt ('Wat ga ik met het verkregen inzicht doen?') in beschouwing te nemen (zie bijlage 1). Uiteraard zijn ook andere wegen te bewandelen die tot hetzelfde doel leiden, namelijk het op gang brengen en in stand houden van een proces van experientieel zelfonderzoek. De cliëntgerichte psychotherapeut is in principe vrij om datgene te doen wat hij 'in normale gevallen' gewend is te doen.

## **Beschrijving van het behandelingsprotocol**

Het protocol voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bestaat uit een zestal stappen, die deels achtereenvolgens, deels gelijktijdig (bijvoorbeeld bij 1 en 2) en afwisselend (bijvoorbeeld bij 4 en 5) uitgevoerd worden.

1. Onderzoek van de gemotiveerdheid van de cliënt.
2. Opstellen van een stoornistheorie.
3. Opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie.
4. Stellen van verdiepende vragen casu quo het exploreren en expliciteren van het innerlijke referentiekader van de cliënt.
5. Omgaan met interactionele valkuilen.
6. Onderzoeken en uitproberen van mogelijk efficiëntere interacties en het aansporen van de cliënt om zelf verantwoordelijkheid voor zijn gedrag te nemen.

Het behoeft geen betoog dat alle procedures ingebed zijn in een typisch cliëntgerichte therapeutische relatie, dat wil zeggen dat empathie, respect en congruentie/echtheid in de therapeutische ontmoeting de boventoon voeren, wat tot uiting zal komen in onder andere:

- een relatief groot vertrouwen in de eigen mogelijkheden van de cliënt;
- het aansluiten op het ritme van de cliënt, wat impliceert dat de cliënt volledige zeggenschap en controle over zijn ervaringsproces houdt;
- de nadruk die blijft liggen op de subjectieve belevingen van de cliënt.

Men kan zich afvragen in hoeverre een dergelijke cliëntgerichte structuur van de therapeutische relatie zich verdraagt met bijvoorbeeld het niet-complementair reageren door de therapeut in de zin dat een 'ongelijkwaardig' optreden van de therapeut op de loer ligt. Dat kan inderdaad het geval zijn, maar men kan dit vermijden door transparant te metacommuniceren over de therapeutische interacties.

### **1. Onderzoek van de gemotiveerdheid van de cliënt**

Om te beginnen moet worden nagegaan of de cliënt een (reële) hulpvraag heeft: wil hij daadwerkelijk veranderen en is hij (uiteindelijk) bereid zijn gedrag ter discussie stellen, of gaat het hem er alleen maar om zijn toestand met behulp van de therapeut te stabiliseren? Is de cliënt in staat om (mede) verantwoordelijkheid voor de therapie te nemen, of legt hij zijn lot geheel in handen van de therapeut? Zal hij (op den duur) 'van binnen uit' naar zichzelf durven kijken, of slechts vanuit een 'externe' positie over zichzelf blijven praten? En in het verlengde daarvan: kan hij c.q. is hij bereid om meer dan alleen maar feiten over zichzelf naar voren te brengen, op intellectuele wijze over zichzelf na te denken of uitsluitend in onpersoonlijke termen over gebeurtenissen en andere mensen te spreken? Vanwege de vaak hardnekkig ontwijkende manoeuvres van de cliënt met een persoonlijkheidsstoornis zal het vaak niet meevallen op deze vragen een concreet en authentiek antwoord te krijgen. Indien de cliënt blijft afhouden, zal verder gesproken, eventueel zelfs onderhandeld moeten worden over het doel van de therapie, opdat de cliënt uiteindelijk (mede)verantwoordelijkheid neemt ten aanzien van het op te starten therapeutische proces (vergelijk Swildens' premotivatiefase in het psychotherapieproces).

### **2. Het opstellen van een stoornistheorie**

Voor de therapeut is het van belang een stoornistheorie over deze specifieke cliënt te formuleren, in de vorm van hypothesen die richtinggevend kunnen zijn voor het therapeutisch handelen. Een lastig aspect hierbij is dat cliënten doorgaans hun relatieproblemen niet thematiseren, waardoor ze soms moeilijk te herkennen zijn. Niettemin dient de therapeut zich een beeld te vormen over:

- a. *de inhoud van de problematiek*: welke problemen heeft de cliënt; hoe construeert hij deze en in wat voor opzicht wil hij ze veranderen, met andere woorden wat is volgens de cliënt het doel van de therapie?
- b. *de bewerkingswijze*: hoe gaat de cliënt met zijn problemen om, in hoeverre zijn deze (dis)functioneel, neemt hij hierbij een intern of extern perspectief in, leidt zijn omgang tot 'probleemstabilisering', neemt de cliënt eigen gevoelens waar en gebruikt hij deze als bron van informatie, worden confrontaties met onaangename zelfaspecten vermeden en stelt de cliënt zichzelf vragen m.b.t. zijn problemen?
- c. *het betrekkingaspect*: ziet de cliënt de therapeut als een competente hulpverlener, is hij wel bereid de cliëntpositie in te nemen, kan er een vertrouwensrelatie ontstaan, tot welk 'interactiespel' is de cliënt geneigd?

### **3. Het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie**

Tegelijk met de bovenbeschreven onderzoeksfase wordt gewerkt aan het vestigen van een goede therapeutische werkrelatie, waarin de cliënt zich veilig genoeg gaat voelen om zichzelf ter discussie te stellen. De therapeutische condities: onvoorwaardelijke aanvaarding, respect, empathie en echtheid

spelen daarbij een hoofdrol. De therapeut stelt zich terughoudend, maar wel open op, met de bedoeling zich in te kunnen voegen in de door de cliënt geëvoceerde interactiestijl (hooking). In hoeverre er in dit stadium al interactioneel gewerkt wordt, in de zin van het bespreken van de interactionele stijlenmerken van de cliënt, hangt af van de geprononceerdheid van het gedrag en de 'therapeutische toegankelijkheid' van de cliënt (Takens, 2001). In het algemeen zal die (nog) niet groot genoeg zijn.

#### **4. Het stellen van verdiepende vragen c.q. het exploreren en expliciteren van het innerlijke referentiekader van de cliënt**

Om een experiëntieel zelfexploratatieproces (Takens, 2002) op gang te brengen is het van belang dat de therapeut niet alleen een faciliterende houding aanneemt, maar ook verdiepende vragen stelt, waardoor de cliënt tot een explicitering van zijn innerlijke of persoonlijk referentiekader wordt aanzet (Sachse, 1992; 2003; Takens, 1995). Daarvoor biedt het genoemde Bezinningsmodel (Takens, 2004) mogelijk goede aanknopingspunten.

Het Bezinningsmodel gaat uit van een achttal stappen die cliënten, veelal achtereenvolgens, in een experiëntieel zelfexploratatieproces binnen de context van een gesprekstherapeutisch contact, geacht worden te doorlopen (zie Bijlage 1). De therapeut stelt navenant verdiepende vragen aan de cliënt (zie onder andere Takens, 1995), in de verwachting dat van zijn interventies een procesbevorderende werking zal uitgaan (Takens, 2001; Sachse & Takens, 2004). Daarmee kiest hij nadrukkelijk voor een procesdirectieve opstelling. Die opstelling is juist bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis nodig, omdat het therapeutische proces anders mogelijk verzandt in het interactionele 'spel' van de cliënt (zie 5). Niettemin, zoals hiervoor gesteld, staat het de therapeut vrij om op geheel eigen wijze een proces van zelfexploratatie, zelfexplicitering en/of zelfverving op gang te brengen en in stand te houden. Het is net wat hij/zij gewend is te doen, bijvoorbeeld in een focusingprocedure. Het hier naar voren gebrachte Bezinningsmodel moet als een van de mogelijkheden worden beschouwd.

#### **5. Omgaan met interactionele valkuilen**

Vermijdingsstrategieën dienen de bewustwording van onaangename inzichten (die kennelijk verwacht worden) te voorkomen. Ze zijn veelal ontstaan op basis van de ervaring 'laat je niet in de kaart kijken, want het kan tegen je gebruikt worden' en hebben, omdat ze zo ingebakken zijn, een egosyntoon karakter. Meestal worden ze automatisch ingezet en zijn dan onbewust, maar soms hanteert men ze ook wel intentioneel. In het navolgende schema (Box 1) worden enkele veel voorkomende vermijdingsstrategieën, zoals we die vaak bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen tegenkomen, weergegeven, met daarnaast een mogelijk passend antwoord van de therapeut. De eerste drie strategieën hebben met elkaar gemeen dat de cliënt zijn probleem probeert af te zwakken; de overige strategieën hebben vooral een ontwijkend karakter.

#### **6. Het onderzoeken en uitproberen van mogelijk efficiëntere interacties en het aansporen van de cliënt om zelf verantwoordelijkheid voor zijn gedrag te nemen**

Het doel hierbij is zeker niet iemands interactionele stijlen 'af te pakken', zonder daarvoor iets beters in de plaats te stellen. De niet-efficiënte afweermechanismen hebben duidelijk hun functie (gehad) en dienen vanuit dat perspectief in beschouwing genomen te worden. Enige voorzichtigheid is dus

**Box 1 Veelgehanteerde vermijdingsstrategieën met een mogelijk therapeutisch antwoord**

<i>Vermijdingsstrategie</i>	<i>Mogelijk therapeutisch antwoord</i>
<i>Relativeren</i> : afzwakken, terugnemen, wegwuiven van eerder besproken (ernstige) zaken; geldigheid beperken	1. Doorvragen 2. Door middel van focussen gevoel verhelderen 3. Het persoonlijk belang van dit relativeren bespreken
<i>Bagatelliseren</i> : 'het valt eigenlijk wel mee', waardoor geen enkel probleem duidelijk wordt	Integendeel – houding aannemen: wat je zegt is belangrijk (voor jou)
<i>Normaliseren/generaliseren</i> : ik heb een probleem, maar dat hebben zoveel mensen: het is dus normaal, ergo ik heb geen probleem	Personifiëren: situatie concretiseren en aandeel van cliënt verduidelijken. (Innerlijke determinanten en motivaties)
<i>Nevenproblemen centraal stellen</i>	1. Cliënt terugvoeren naar het hoofdprobleem 2. Cliënt confronteren met zijn gedrag/dit gedrag expliciteren
<i>Thema's blokkeren</i> : zeggen dat op dit gebied eigenlijk alles al gezegd, opgelost, in orde is	In het begin van therapie: signaleren, maar niet direct op ingaan Later in therapie: Integendeel – houding aannemen, 'voet-tussen-de-deur'
<i>'Ik weet het niet'</i> 1 cliënt weet niet goed hoe hij zich moet uitdrukken 2 cliënt wil spoor niet verder volgen: blokkade van proces	1. Benoemen dat het om het samen onderzoeken gaat, niet om het 'perfecte' antwoord 2. Integendeel – houding aannemen, vragen wat het moeilijk maakt door te gaan, metage-sprek
<i>Vragen beantwoorden die niet gesteld zijn</i> : pseudo-communicatie	Vraag herhalen, concreet doorvragen op diverse aspecten, confronteren met gedrag
<i>Externe attributie</i> : oorzaken buiten zichzelf leggen, geen verantwoordelijkheid nemen	Motivationele aspecten van externaliseren onderzoeken door middel van rechtstreekse vragen

geboden. Belangrijk hierbij is de ondersteunende en aanmoedigende houding van de therapeut (*empowerment*). De kwetsbaarheid van de cliënt is in deze fase van de behandeling groot. Het 'oefenen' van nieuw gedrag of een veranderde opstelling van de cliënt tegenover zichzelf en/of anderen kan zowel in de therapie als daar buiten plaatsvinden. In de therapie biedt het de cliënt de mogelijkheid om in het veilige klimaat van de therapeutische relatie nieuw gedrag uit te proberen (*enactment*). Hij weet zich immers verzekerd van een respectvolle bejegening door de therapeut, die zich niet alleen van de kwetsbaarheid van de cliënt realiseert, maar deze ook als persoon onvoorwaardelijk accepteert. Bij *enactments* kunnen twee-stoelen dialogen bijvoorbeeld zeer behulpzaam zijn (vergelijk Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Elliott, Watson,



Goldman & Greenberg, 2004). In termen van het Bezienningsmodel bevinden we ons dan in de fase B7 (zie bijlage 1).

### **Kenmerkende interactiestijlen**

Voor een aantal persoonlijkheidsstoornissen heeft Sachse (1997; 2001; 2002; 2004) de meest kenmerkende interactiestijlen beschreven. In onderstaand schematisch overzicht (Box 2 en verder) worden achtereenvolgens voor de theatrale, de narcistische, de ontwijkende, de afhankelijke en de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis de wijzen waarop de cliënt zijn/haar hulpvraag presenteert geformuleerd. Verder worden de kenmerkende gedragingen die mogelijk aanwijzingen inhouden voor de therapeut om as-II-problematiek te veronderstellen, de manier waarop de omgeving van de cliënt doorgaans reageert op (het gedrag van) de cliënt en de valkuilen voor de therapeut gepresenteerd. Dit overzicht is onvolledig. Buiten beschouwing blijven hier de cluster A persoonlijkheidsstoornissen, evenals de antisociale en de borderline persoonlijkheidsstoornis uit cluster B. In een volgende publicatie willen we ook aandacht besteden aan de behandeling van cliënten met een borderlinestoornis, en door middel van praktijkvoorbeelden uitgebreider ingaan op concrete interventies die mogelijk in het interventierepertoire van cliëntgerichte psychotherapeuten opgenomen kunnen worden.

#### **Box 2 Cliënten met een theatrale persoonlijkheidsstoornis**

Presentatie van de hulpvraag:

- Als As-I stoornis: paniekstoornis, neiging tot somatiseren, hypochondrie;
- Veelal vaag, onrealistisch en externaliserend.

Aanwijzingen voor As-II problematiek/kenmerkend gedrag:

- Heftige emoties, met veel drama gebracht;
- Aandachttrekkend gedrag: verleiden en uitdagen;
- Soms moeilijk voor de therapeut om empathie te ervaren voor de cliënt;
- Externe attributie;
- 'Doornroosje': de cliënt stelt zich hulpeloos op, zegt er allemaal niets van te snappen en vraagt om van klachten verlost te worden (door de therapeut);
- Neiging tot zelfdramatisering ('Wat heb ik het toch moeilijk').

Omgeving:

- Heeft last van claimend, aandachtvragend en manipulerend gedrag van de cliënt en het gebrek aan diens inlevingsvermogen.

Valkuilen voor de therapeut:

- Erotiserende houding van de cliënt;
- Cliënt heeft de neiging om nevenproblemen centraal te stellen;
- Cliënt gaat niet in op de werkelijke thema's, maar heeft de neiging van het ene naar het andere probleem te 'hoppen';
- Verantwoordelijkheid overnemen, want de cliënt zou het niet aankunnen: de therapeut stelt zich als de verlosser/ redder op.

### Box 3 Cliënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis

Presentatie van de hulpvraag:

- Als As-I stoornis: depressie, sociale fobie, hypochondrie, alcohol- en middelenmisbruik;
- Hulpvraag is vaak afwezig omdat dit door de cliënt als te vernederend wordt ervaren.

Aanwijzingen voor As-II problematiek/kenmerkend gedrag:

- Woede/depressie ten gevolge van krenking door de buitenwereld;
- Eisende houding ten aanzien van de hulpverlener;
- Grootheidsideeën;
- Neerbuigende, arrogante of krenkende houding;
- Opvallende en overdreven aankleding;
- Koud, theoretisch en rationeel taalgebruik.

Omgeving:

- Stoort zich aan het intolerante en autoritaire gedrag van de cliënt. Er is een gevoel van misbruikt worden, onder druk te staan en niet gerespecteerd te worden.

Valkuilen voor therapeut:

- Pseudocommunicatie door opgezwollen taal;
- Bagatelliseren, normaliseren, relativiseren: er is geen probleem;
- Cliënt als 'moraalridder': duidelijk beeld van goed en fout, met name als het de eigen doelen dient;
- Concurrentie met de therapeut, wat zich uit in neerbuigende houding naar de therapeut, hem niet willen accepteren als 'expert';
- Irritatie door arrogantie en vernederende houding van de cliënt.

### Box 4: Cliënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Presentatie van de hulpvraag:

- Als As-I stoornis: angststoornis, depressie, middelenmisbruik, slaapstoornis;
- In de hulpvraag klinkt de behoefte aan affectie, acceptatie en vriendschap door en tegelijkertijd de grote angst hiervoor.

Aanwijzingen voor As-II problematiek/kenmerkend gedrag:

- Angst voor de therapeutische relatie;
- Vermijding in therapie;
- Gereserveerde, terughoudende attitude in contact;
- Uitgummen van de eigen capaciteiten: alibi voor niets hoeven te doen.

Omgeving:

- Ervaart grote afstand in het contact en heeft last van initiatiefloosheid en lusteloosheid van de cliënt.

Valkuilen voor therapeut:

- Hulpeloze presentatie: 'Ik kan het niet, jij moet me helpen';
- Verantwoordelijkheid overnemen;
- Meegaan in de vermijding;
- Frustratie en irritatie door het trage tempo en de geringe veranderingen.

### Box 5: Cliënten met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

Presentatie van de hulpvraag:

- Als As-I stoornis: depressie, angststoornis, somatisatie, alcoholmisbruik;
- In de hulpvraag (als die al geformuleerd wordt) klinkt een gebrek aan zelfvertrouwen en subassertiviteit door.

Aanwijzingen voor As-II problematiek/kenmerkend gedrag:

- Onderworpen, vastklampend gedrag;
- Dankbaar, zeer coöperatief in het therapeutische contact;
- Plakkerig, weigeren van autonomie;
- Overwaarden van het therapeutische contact;
- Vragen om advies en geruststelling.

Omgeving:

- Wordt moe van het geleun van de cliënt, die geen enkele beslissing alleen kan nemen en als een klein kind aan de rokken hangt.

Valkuilen voor therapeut:

- Door overwaarding van de therapeutische relatie door de cliënt concessies doen, zich gestreeld voelen;
- Verantwoordelijkheid van de cliënt overnemen;
- Ingaan op neiging tot solidariseren met de cliënt: 'Wij tegen de rest';
- Frustratie door plakkerigheid en onzelfstandigheid van de cliënt.

### Box 6: Cliënten met een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Presentatie van de hulpvraag:

- Als As-I stoornis: angststoornis, dwang, depressie, psychosomatiserend, seksuele stoornis.

Aanwijzingen voor As-II problematiek/kenmerkend gedrag:

- Rigiditeit en controle-behoefte;
- Formeel blijven in de relatie;
- (Extreem) perfectionisme;
- Veel waarde hechten aan orde en structuur in de therapie;
- Affectvervlakking.

Omgeving:

- Heeft moeite in de omgang met het perfectionisme, de controlebehoefte en de affectvervlakking.

Valkuilen voor de therapeut:

- 'Moraalridder': cliënt heeft een rigide beeld van goed en fout;
- Het door cliënt niet beantwoorden van gestelde vragen;
- Het blokkeren van thema's;
- Sterke neiging tot theoretiseren en rationaliseren;
- Frustratie door saaiheid en langdragdigheid door uitweiden van de cliënt en het gebrek aan emotionele relatie.

## Correspondentieadres

Dr. R.J. Takens  
Vrije Universiteit  
Afdeling Klinische Psychologie  
Van der Boechorststraat 1  
1081 BT Amsterdam  
E-mail: rj.takens@psy.vu.nl

## Noten

- 1 De term 'intensioneel' lijkt veel op 'intentioneel', dat de betekenis heeft van 'op een bepaald doel gericht'; Rogers bedoelde het echter in tegenstelling tot 'extensional', reden voor ons om 'intensional' hier zo te vertalen.
- 2 Vertaling van 'zieloriëntierte Psychotherapie', later door hem ook wel 'klärungsorientierte Psychotherapie' genoemd (Sachse, 2003). Het gaat er in zijn therapie vooral om de cliënt inzicht te geven in de motieven van zijn handelen: 'waarom doe ik zo, voel ik me zo, denk ik zo, ...'. Dit inzicht kan tot verandering leiden.

## Literatuur

- Biermann-Ratjen, E.M. (1993). Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des kleintenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Eds.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, 1st Teil*. (pp. 77-87). Köln: GwG Verlag.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., & Associates (1990; 2003). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York: Guilford.
- Berne, E. (1961). *Games people play*. New York: Grove Press.
- Elliott, R., Watson, D.C., Goldman, R.N., & Greenberg, L.S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. New York: Guilford.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Finke, J., & Teusch, L. (1999). Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, 44, 101-107.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 Vol.). New York: Norton.
- Kessel, W. van, & Linden, P. van der (1991). De hier-en-nu-relatie in cliëntgerichte therapie: Het interactionele gezichtspunt. In J.C.A.G. Swildens, O. de Haas, G. Liettaer, & R. Van Balen (Red.), *Leerboek gesprekstherapie: De cliëntgerichte benadering* (pp. 223-249). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science* (Vol 3., pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Sachse, R. (1990). *Mikro-Prozeßanalysen der Therapeut-Klient-Interaktion: Manual für formale, inhaltliche und Bearbeitungs-Analyse von Klienten- und Therapeuten Äußerungen (FINBE-System)* (2. Fassung). Bochum: Ruhr-Universität.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen; Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen; Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., & Takens, R.J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Swildens, J.C.A.G. (1988; 1997). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Takens, R.J. (1995). Een wijze van (be)werken. In G. Lietaer & M. van Kalmthout, *Praktijkboek gesprekstherapie; Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering* (pp. 93-106). Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (2001). *Een vreemde nabij: Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Takens, R.J. (2002). Experiëntiële zelfexploratie. In S. Colijn, E.C.A. Collumbien, G. Lietaer & R.W. Trijsburg (Red.), *Handboek Integratieve Psychotherapie* (III 2.1-2.32). Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (2004). *Het Bezinningsmodel*. Amsterdam: Vrije Universiteit (interne publicatie).

## Bijlage 1: Stappen in het proces van experiëntiële zelfexploratie volgens het Bezinningsmodel

### B1: Beschrijven

De cliënt vertelt wat er (met hem) aan de hand is, schetst een bepaalde situatie, doet verslag van een bepaalde gebeurtenis, enzovoorts; betrokkene onthoudt zich daarbij echter van enig persoonlijk commentaar, dat wil zeggen hij zegt niet wat hij er van vindt of wat voor gevoel(ens) het gebeurde bij hem oproept casu quo opgeroepen heeft.

### B2: Beleven

De cliënt vertelt wat hij op dit moment voelt of hoe hij zich op een bepaald moment gevoeld heeft. Bijvoorbeeld: 'Ik ben razend', of: 'Ik voelde me toen heel zenuwachtig'. De manier waarop hij over zijn beleving(en) praat is echter 'rapporterend' en niet ingebed in een (zelf)exploratie van op dat moment geëvoeerde emoties of belevingen. Zou dat laatste wel het geval zijn, dan is sprake van 'betekenis verlenen' (B4).

### B3: Beschouwen

De cliënt drukt in wat hij zegt een oordeel over iets of iemand uit, dan wel geeft direct zijn persoonlijke mening. Daarbij is *impliciet* het persoonlijk referentiekader van betrokkene aan de orde. Het blijft echter bij een beoordelen 'van buitenaf'. Voorbeelden van uitspraken op dit niveau: 'Dat is niet leuk'. 'Ik vind dat raar'.

### B4: Betekenis verlenen

De cliënt geeft aan welke betekenis een bepaalde gebeurtenis of situatie voor hem heeft, mede in relatie tot zijn persoonlijk referentiekader, welke daarmee *expliciet* aan de orde is. De cliënt kijkt nu als het ware 'naar binnen'. Bijvoorbeeld: 'Dat soort dingen maakt me altijd boos. Ik voel me dan machteloos worden'.

### B5: Begrijpen

De cliënt probeert inzicht te verkrijgen in waarom een bepaalde situatie, een gebeurtenis, en dergelijke, juist dat gevoel bij hem oproept, die specifieke betekenis voor hem heeft, enzovoort.

### B6: Bezinnen

De cliënt gaat bij zichzelf na of de uitkomst onder B5 bij hem past en wat hij er verder mee wil. Accepteert hij het verkregen inzicht als bij hem horend, kan hij het in zijn persoonlijk referentiekader integreren? Of verwierpt hij het als niet bij hem horend, keert hij er zich van af en laat hij liever alles bij het oude? Of leidt het juist tot een verandering in zijn beleving van zichzelf en de wereld om hem heen en kiest hij daarom voor een andere opstelling?

### B7: Beproeven

De cliënt is geneigd tot het opdoen van nieuwe ervaringen, experimenteert met nieuw gedrag, dan wel onderzoekt of hij zijn (onveranderd) gedrag nu beter kan accepteren.

### B8: Besluiten

De cliënt komt op grond van zijn 'beproeven' tot een eindafweging en besluit hiermee de therapie.